

Servizio Sanitario Nazionale
Regione Siciliana
Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento

Allegato A

Fac Simile di domanda

Al Commissario Straordinario
Azienda Sanitaria Provinciale
Viale della Vittoria, 321 92100 Agrigento

La/Il Sottoscritto _____ nato a _____ il
_____ residente a _____ in Via _____
Codice fiscale _____ profilo professionale _____
Specializzazione _____ email _____
tipologia del rapporto di lavoro in atto con l'ASP (sede, struttura, servizio,
etc...) _____

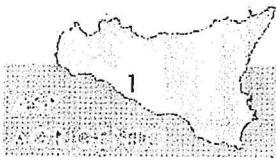
CHIEDE

Di partecipare all'AVVISO PUBBLICO PER LA COSTITUZIONE DI N. 14 COMMISSIONI MEDICHE PER L'ACCERTAMENTO DELLE CONDIZIONI SANITARIE IN MATERIA DI INVALIDITA' CIVILE (L. 295/90), CECITA' (L. 382/76), SORDITA' (L. 881/70), HANDICAP (L. 104/92) E DISABILITA' AI FINI DELL'INSERIMENTO LAVORATIVO (L. 68/99)

A TAL FINE DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000:

1. Il possesso dei requisiti richiesti per la partecipazione ovvero _____;
2. Incarico per cui si è interessati (nel caso di partecipazione per più incarichi occorre esplicitare tale volontà secondo un ordine di priorità) _____;
3. Titoli di studio posseduti e requisiti specifici richiesti per l'incarico per cui si partecipa _____;
4. Di essere a conoscenza delle nuove procedure informatiche utilizzate dalle commissioni mediche e di essere in grado di operare con le stesse _____;
5. Di non trovarsi in una delle situazioni di incompatibilità/inconferibilità previste dalla legge ed indicate nell'avviso in parola ossia:
 - ✓ Non rivestire una carica di natura politica e/o sindacale in ambito provinciale;
 - ✓ Non aver svolto attività di natura politica in ambito provinciale per i componenti di giunta ed i consiglieri di enti locali, per i deputati regionali, nazionali ed europei, nell'ultimo anno, assumendo quale data di riferimento quella di scadenza del presente avviso;
 - ✓ Non essersi candidato in elezioni comunali, regionali, nazionali ed europee, senza essere stati eletti, nell'ultimo anno, assumendo quale data di riferimento quella di scadenza del presente avviso;



Servizio Sanitario Nazionale
Regione Siciliana
Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento

- ✓ Non rientrare nelle ipotesi di incompatibilità e/o inconferibilità, così come previsto dal Decreto legislativo n. 39/2013, in quanto applicabili;
- ✓ Non essere medico di medicina generale e pediatra di libera scelta in contesti territoriali dove esercitano la propria attività in convenzione;
- ✓ Non svolgere direttamente attività per conto di patronati o non avere congiunti o parenti sino al 2° grado che svolgono attività per conto di patronati;
- ✓ Non svolgere attività di C.T.U. e/o C.T.P. in materia di invalidità civile;
- ✓ Non essere posto in quiescenza;
- ✓ Non aver subito condanne penali passate in giudicato, ovvero non avere in corso procedimenti penali pendenti per gravi reati o per reati commessi nelle P.A. o contro di essa o di reati commessi nello svolgimento di funzioni pubbliche;
- ✓ Autorizzare la pubblicazione del proprio nominativo sul sito internet dell'ASP di Agrigento per le finalità inerenti l'avviso pubblico;
- ✓ Fornire il seguente indirizzo PEC al quale deve essere inviata ogni necessaria comunicazione inerente il presente avviso _____.

6. Tutto quanto dichiarato dal sottoscritto corrisponde al vero e che la documentazione prodotta in fotocopia è conforme agli originali.

Si allega fotocopia documento di identità del dichiarante.

Data

Firma